

Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico"

Martina Fernández Raone*

Sergio Rubén Zanassi

Resumen

Los problemas que plantean las manifestaciones de angustia y en particular de los llamados “ataques de pánico”, constituyen una problemática teórico-clínica de vigencia actual en el campo de la salud mental, lo que para algunos autores ha llevado a considerarlos dentro de los denominados nuevos síntomas. En la perspectiva psiquiátrica, el término se encuentra incluido en la amplia categoría de los llamados “Trastornos de ansiedad”. El término “trastorno de pánico” es acuñado por Donald Klein en 1962 a partir de un hallazgo clínico inédito que lo conduce a considerarlo como cualitativamente diferente del resto de los trastornos de ansiedad. Klein, junto con gran parte de los abordajes actuales, se apoya en la teoría del apego de Bowlby. En el campo del psicoanálisis, Freud ha abordado las expresiones de la angustia ofreciendo una teoría, reformulada a lo largo de su obra, que permite articular psicopatología, clínica y etiología. Posteriormente, Lacan ha precisado las condiciones subjetivas que vinculan a la experiencia del pánico con la ausencia de anticipación y el “sin recursos” como consecuencia de la perturbación que se produce en los niveles del yo y del fantasma. Caracterizaremos el concepto del llamado “ataque de pánico” así como los antecedentes del mismo y delimitaremos las diferentes perspectivas teórico- clínicas que abordaron la temática para luego centrarnos en la perspectiva psicoanalítica, sin dejar de cuestionar la categoría misma y sus presupuestos. Presentaremos una viñeta clínica que nos permitirá demostrar que las crisis de angustia, que son transnosográficas, responden a la estructura, por un lado, y a la singularidad del caso, por el otro, y pueden ser intervenidas para lograr establecer sus coyunturas de eclosión como punto de partida para el trabajo analítico.

Palabras Clave: Ataque de pánico - Angustia - Nuevos síntomas - Sin recurso

Background and critical review of the so-called “Panic attack

Abstract

Problems posed by the anxiety expressions, and especially the typically named "panic attacks", comprise an ongoing research issue in the mental health field in such a way that have been regarded as "new symptoms" by some authors. As for the psychiatric view, this term is classified within the so-called “anxiety disorders”. In 1962 Donald Klein introduced the panic disorder term after a novel clinical finding that made him regard it as qualitatively different from the other anxiety disorders. Klein, together with many of the current approaches relied on Bowlby's attachment theory. Freud addressed the anxiety expressions providing a theory continually discussed that enables to articulate the psychopathology and the aetiology in the clinical practice. Lacan further specified the subject's conditions that link the panic experience with the anticipation absence along with the "without resources" as a consequence of the disturbance produced at the ego and phantom levels. Here, the panic attack concept and its background will be characterized and, the different theoretical and practice views which address it will be described so as to focus on the psychoanalytical view but, questioning the term and its assumptions. A vignette showing that the anxiety crises are cross-nosographical and an answer both to the structure and to the singularity will be presented thus, they may be intervened to determine their emergence circumstances for their being the psychoanalytical practice starting point.

Keywords: Panic attack – Anxiety - New symptoms - Without recourses

Introducción

El presente trabajo forma parte de una investigación en curso más amplia que estudia las características fundamentales de las fobias y las coyunturas de su aparición. Situamos a la fobia en un tiempo lógico, que orienta al sujeto en las vías de la estructura, es decir, “una placa giratoria” (Lacan, 2008, p.280), que abre el camino a la constitución del sujeto en las modalidades de la perversión y la neurosis. Esto significa que condiciona los diferentes “usos” del fantasma, con el que responderá a los problemas que se le presentan ante la falta de garantía del Otro en relación

al sexo y la existencia. A partir de los interrogantes surgidos del estudio de la fobia y su intrínseca vinculación con la angustia consideramos pertinente el abordaje de las crisis de angustia o los llamados “ataques de pánico” como una de las formas actuales de la presentación del malestar que conlleva, en su reiterada aparición, a medidas de restricción e inhibiciones varias.

En el fin del siglo XX se han presentado numerosos trabajos y discusiones dentro del Psicoanálisis sobre los denominados nuevos síntomas y entre ellos, los llamados “ataques de pánico”. Los problemas que plantean estas manifestaciones de la angustia constituyen una problemática teórico-clínica de

* Facultad de Psicología UNLP. Buenos Aires. Argentina. E- mail: martinafer228@hotmail.com

vigencia actual en el campo de la salud mental. Conciérne al psicoanálisis en la medida en que la consulta psicoanalítica actual incorpora pacientes que después de largos recorridos por distintas especialidades médicas son derivados con el diagnóstico de ataque de pánico, y otros que directamente acuden autodiagnosticados a partir de la información difundida por los medios masivos de comunicación. Se hace necesario poder discernir si surgen como una expresión de nuevas estructuras psicopatológicas o sólo son nuevas manifestaciones de los clásicos cuadros descriptos por el Psicoanálisis.

Desde sus orígenes Sigmund Freud ha dado una respuesta para abordar las crisis de angustia, no sin reformulaciones a lo largo de su obra. Diferenciaba los ataques de angustia como uno de los síntomas de la neurosis de angustia, destacando en su descripción clínica una vinculación con las manifestaciones sintomáticas somáticas o corporales. Posteriormente, abordó el afecto de la angustia distinguiendo dos orígenes de la misma en una articulación que conjuga la metapsicología y la teoría de los complejos.

Sin embargo, tiempo antes del surgimiento de las teorías freudianas, autores de la psiquiatría clásica habían trabajado sobre esta temática otorgándole diversas nominaciones que intentaremos revisar cuando analicemos los antecedentes de la categoría de pánico. En la perspectiva psiquiátrica actual, el término se encuentra ordenado en el DSM IV dentro de los llamados "Trastornos de ansiedad". Recordemos que el término pánico es acuñado por Donald Klein en los años 60 a partir de un hallazgo clínico inédito que lo conduce a considerarlo como cualitativamente diferente del resto de los tipos de ansiedad. Klein, junto con gran parte de los abordajes actuales, se apoya en la teoría del apego de John Bowlby como marco teórico para explicar la dimensión psicopatológica de su producción, cuestión en la que nos centraremos más adelante destacando sus aspectos relevantes.

Lacan, más tarde, retomará los planteos de Freud para hablar de condiciones subjetivas que vinculan a la experiencia del pánico con la ausencia de anticipación y el "sin recursos" como consecuencia de la perturbación que se produce en los niveles del yo y del fantasma. Es decir, una experiencia que traspasa los límites del yo, donde la desorganización y el desorden subjetivos son consecuencias del atravesamiento salvaje del fantasma, formación que como sabemos sostiene la realidad e identidad del sujeto.

A partir de lo que hemos desarrollado hasta aquí, nos proponemos como objetivos de este trabajo, en primer lugar, caracterizar el concepto del llamado "ataque de pánico" así como los antecedentes del mismo. En segundo lugar, delimitar algunos de los abordajes teórico-clínicos que se han ocupado del tema para luego centrarnos en la perspectiva psicoanalítica. Por último, se presentará una viñeta clínica que nos permitirá discutir las articulaciones inherentes que se desprenden de la enseñanza del caso, y más allá de él, para situar el problema que se suscita en las presentaciones actuales referidas al "ataque de pánico".

Nos interesa subrayar las particularidades de este tipo de clínica en Psicoanálisis, entre ellas, las dificultades que encontramos en las entrevistas preliminares concernientes a la puesta en forma del síntoma como condición de posibilidad de su intervención analítica.

A fines de realizar este recorrido utilizaremos un método argumentativo demostrativo que permitirá explorar la bibliografía seleccionada. Contamos además, como ya lo hemos señalado, con el recurso de la exposición de un caso clínico para apoyar nuestra perspectiva.

Intentaremos mostrar cómo la angustia, que es el afecto por excelencia del psicoanálisis, responde a la estructura, a las relaciones del sujeto con el Otro, y a la diferenciación de los registros Real, Simbólico e Imaginario, tal como se diferencian en la enseñanza de Jacques Lacan. En esta dirección no dejaremos de cuestionar la pertinencia de un enfoque que diferencia tipos de angustia desconociendo que el denominado "pánico" es sólo un término que se utiliza fundamentalmente para indicar la ausencia de motivos desencadenantes. Esta ausencia consideramos que es a su vez tributaria de un método de investigación centrado en el interrogatorio psiquiátrico y que atiende sólo a la fenomenología de la perturbación tal como se presenta en el relato inicial del paciente, en el que predominan las experiencias de desórdenes corporales.

Etimología del término pánico

El sustantivo pánico se deriva del vocablo griego Pan, que en esa lengua significa "todo" (Pabón Suárez de Urbina, 2010). Indicaba originalmente la intensidad de un miedo no justificado (individual o colectivo) análogo a aquél atribuido en la mitología a las intervenciones del Dios Pan. Pan, hijo de Hermes y de Dríope, nació con las piernas y los cuernos de una cabra, provocando su fealdad el abandono de su madre al nacer (Maffei, 2010). Su padre lo llevó al Olimpo, otorgándole la divinidad. No obstante, a Pan no le agradaba el reino de los dioses eligiendo morar con ninfas, sátiros y divinidades de los bosques (Marangoni, 2009). Se le adjudica nerviosismo, agilidad, rapidez, y un deseo sexual insaciable. Permanentemente al acecho de las ninfas, es difuso y aparece espontáneamente en cualquier parte (Milos Estrada, 2010). El rasgo característico de Pan es provocar terror y el miedo. Como veremos más adelante, estas particularidades del término pánico son fundamentales para la elección de la nominación del Trastorno de pánico que delimitó el psiquiatra Donald Klein, quien fue primero en acuñar este término para aludir a las recurrentes presentaciones agudas de angustia en forma de crisis sin motivos de eclosión aparentes.

Antecedentes

Las manifestaciones agudas de la angustia han sido conceptualizadas por autores de distintas disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la psicología. A pesar de las convergencias en la

descripción clínica (la cual incluye síntomas psíquicos y somáticos), la fenomenología de la angustia en su forma de crisis intensas fue categorizada con diversas nominaciones a lo largo de la historia. De este modo, podemos destacar las siguientes: *síndrome del corazón irritable* o *corazón de soldado* (Da Costa, 1871); *parapatía ansiosa* (Stekel, 1912); *astenia neurocirculatoria* (Oppenheimer et al., 1918); *síndrome de esfuerzo* (Lewis, 1918); *reacciones neuróticas agudas* y *neurosis de angustia* (Ey, Bernard & Brisset, 1978), entre otras. No mencionaremos en este apartado los aportes fundamentales que ha realizado S. Freud, dedicándole un espacio relevante más adelante.

H. Ey, junto con Bernard y Brisset (1978), distingue varios tipos de cuadros clínicos donde la angustia se presenta de una forma aguda o de crisis. Por un lado, las *reacciones neuróticas agudas*, un tipo de enfermedad mental aguda que se desencadena por un shock emocional. Dado que nos concentraremos en los ataques de angustia supuestamente espontáneos, nos dedicaremos a analizar el otro tipo de trastorno descrito por estos autores, las *neurosis de angustia*.

Dentro de las enfermedades mentales crónicas, identificadas por ser patologías mentales durables e influir en cambios profundos del sistema de la personalidad, se incluye a las neurosis de angustia. Desde el punto de vista clínico, están caracterizadas por la presencia de crisis de angustia, el estado permanente de ansiedad, la constitución ansiosa y las posibles evoluciones o complicaciones del cuadro. Siguiendo nuestra línea de trabajo, nos resultó interesante concentrarnos en la descripción clínica que los autores realizan de las crisis de angustia, las cuales se presentan "sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional" (Ey et al., 1978, p.351).

El cuadro clínico de este tipo de crisis se descompone en elementos somáticos y psíquicos con gran prevalencia de la angustia física. Dentro de los elementos somáticos los autores diferencian diversos tipos de síntomas: respiratorios (donde se destaca la disnea); cardiovasculares (crisis tanto de palpitaciones o taquicardia como vaso-constrictivas o congestivas, entre otras); digestivos (espasmos gástricos, crisis de vómitos, náuseas o diarrea); urinarios; neuromusculares (crisis de temblores); sensitivo-sensoriales y cutáneos (hiperestesias, parestesias, crisis de abundantes sudores, cefaleas). Por otra parte, en el grupo de los elementos psíquicos de la crisis son relevantes tres características principales: la peyoración imaginaria de la existencia, la espera de un peligro y el desorden. Con respecto a la primera, alude a que la angustia provoca y sostiene sentimientos "paralizadores y pesimistas" (Ey et al., 1978, p.352). La existencia es vivida como una experiencia ilusoria insoportable, donde el sujeto supone que su origen mismo proviene de un conflicto interior, percibiendo la artificialidad de la misma. La espera de un peligro hace referencia a la preocupación, incertidumbre, temor, aprensión o duda con respecto al pasado, al presente y al futuro. Finalmente, el desorden se presenta cuando el sujeto se rebela ante ese peligro ambiguo y amenazador, llevándolo a una

desorganización de su capacidad de establecer un orden de sus perspectivas personales.

Los autores para explicar las neurosis de angustia esbozan determinados factores etiopatogénicos en juego. Diferencian de este modo, por un lado, los sucesos y experiencias en el desarrollo libidinal, y, por el otro, los factores de predisposición (en los cuales no nos detendremos aquí). Dentro de los primeros, mencionan tres elementos: la sexualidad, realizando la misma descripción de la neurosis de angustia freudiana (que a continuación detallaremos); la agresividad, estableciendo una relación entre represión sexual y cólera y, finalmente, el rol de las "situaciones frustrantes de abandono y de separación" (Ey et al., 1978, p.359). Consideramos importante subrayar la importancia de estas últimas a partir de su vinculación con lo que plantea la teoría de J. Bowlby, de la cual D. Klein, como veremos más adelante, extrae cuestiones necesarias para explicar la aparición del ataque de pánico. Ey et al. (1978) explican que a pesar de que en un primer momento los hechos que menciona el enfermo como la causa inicial de sus neurosis de angustia pueden aparentar tener un papel circunstancial, sin embargo, en las entrevistas siguientes y luego de un extenso recorrido clínico con el paciente, esta descripción puede variar. El psiquiatra puede descubrir que los recuerdos que el paciente da de su angustia son una repetición de antiguas situaciones traumáticas de separación. Éstas refieren a pérdidas de protección, de amor, desaprobación de personas importantes, la soledad, los duelos, las modificaciones en las situaciones sociales o ambientales, el rechazo, y se caracterizan por ser situaciones vitales que pueden ser experimentadas como "pérdidas de valor" irreparables, graves. Cada experiencia o situación de separación o abandono no puede ser soportada por parte del sujeto de un modo adecuado, llevando a que en un momento dado, por la acumulación de sucesos, o un hecho más importante que el resto, se desencadene el estado de angustia al cual nos referimos.

Con respecto al tratamiento propuesto por los autores, supone la combinación de herramientas terapéuticas tanto de orden psicológico como farmacológico. La psicoterapia sería difícil de emprender durante una de las crisis de angustia, por lo cual debe apelarse al recurso medicamentoso previamente, entre los cuales incluyen a los sedantes (opíaceos, tranquilizantes y neurolépticos). Los autores indican a su vez, junto con las curas de sueño y de relajación, la administración de pequeñas dosis de imipramina para el tratamiento de las crisis de angustia. Como constataremos más adelante, esta medicación será clave para diferenciar dos categorías de la angustia y sus respectivos tratamientos según la psiquiatría contemporánea.

Freud: dos momentos en la conceptualización de la angustia

Es relevante mencionar los desarrollos efectuados por S. Freud, quien desde el inicio de su obra, se ha ocupado de la angustia, su origen, su estatuto clínico y sus manifestaciones fenomenológicas,

intentado delimitar su causa y su relación con el síntoma. En un primer momento, realiza una distinción nosográfica entre *neurosis actuales* (neurosis de angustia y neurastenia) y *psiconeurosis* (Freud, 1989a, 1989b), diferenciación realizada a partir de criterios etiológicos y patogénicos. Freud destaca que la angustia, de diversa intensidad y frecuencia, puede presentarse en los dos tipos de neurosis. En las psiconeurosis, donde la causación se vincula a experiencias sexuales pretéritas y a la operación del mecanismo de represión (Freud, 1989c), la angustia puede exteriorizarse como consecuencia del fracaso de este último (Freud, 2006). Las neurosis actuales, cuya etiología corresponde a prácticas sexuales inadecuadas de la vida sexual presente y donde "la fuente de excitación, la ocasión para la perturbación, reside en el ámbito somático" (Freud, 1989d, p.114), no poseen mecanismo psíquico. Dentro de ellas, las *neurosis de angustia* se caracterizan por el predominio de la expectativa angustiada, estando presente un quantum de angustia libremente flotante que a partir de esta expectativa puede conectarse con una representación que le convenga.

El ataque de angustia como tal es delimitado como un tipo de síntoma dentro de las neurosis de angustia, provocado a partir de la irrupción de un estado de angustia que no es evocado por el decurso de las representaciones. Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia, el cual se presenta de diversos modos: solo, o bien se mezcla con la interpretación más espontánea; o bien se contamina con una parestesia cualquiera, o se conecta con una perturbación de las funciones corporales (Freud, 1989d). Por otra parte, Freud también hace mención de la existencia de ataques de angustia rudimentarios y equivalentes del ataque de angustia, probablemente de igual significado, que muestran una gran riqueza de formas. Estas crisis de angustia pueden verse acompañadas de una multiplicidad y diversidad de síntomas, tales como: perturbaciones de la actividad cardíaca (palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente) y de la respiración (varias formas de disnea nerviosa, ataques semejantes al asma); varios tipos de ataques (de oleadas de sudor; de vértigo locomotor; de temblores y estremecimientos; de parestesias); diarreas que sobrevienen como ataques; terror nocturno; y vértigos. Es notable cómo en su descripción clínica de las crisis de angustia, Freud destaca las perturbaciones somáticas que acompañan a las mismas, las que precisamente tanto el psiquiatra D. Klein como el DSM en sus consecutivas versiones se ha encargado de detallar y que nosotros retomaremos más adelante.

Sin embargo, años posteriores, en "Inhibición, síntoma y angustia" (1990), Freud logra avanzar en la elucidación del origen de la angustia, descubriendo dos formas diferenciadas e interconectadas de la misma. Definirá a la angustia como reacción afectiva del yo frente a dos tipos de situación: la traumática y la de peligro, siendo la segunda dependiente de la primera, que se encuentra en su origen. Mientras el trauma provoca la reacción de la angustia automática, la situación peligrosa es el motivo de actuación de la

angustia señal. La angustia automática se origina cuando en el ello se produce la situación análoga al trauma del nacimiento, en que la reacción de angustia sobreviene de manera automática e involuntaria. Esta clase de angustia participa en la presentación de las neurosis actuales y las neurosis traumáticas, e implica la reacción frente a un exceso de excitación que el aparato psíquico no puede domeñar, dejando al yo en un estado de desvalimiento y desamparo. Freud destaca que "acaso cada quien tenga cierto umbral más allá del cual su aparato anímico fracase en el dominio sobre volúmenes de excitación que aguardan trámite" (Freud, 1990, p.140). Por otro lado, la angustia señal es definida por Freud como aquella que se produce cuando en el ello algo que activa una situación de peligro para el Yo, lo mueve a dar la señal de angustia con el fin de inhibir ese proceso (como en el caso de las psiconeurosis). La situación de peligro permite anticipar la situación traumática, así como implica una reproducción mitigada de la misma, dando un "aviso" para que la represión opere y se produzca la formación del síntoma neurótico. Freud enumera una serie de situaciones de peligro, destacando la castración como operador estructural, nexo entre la represión y la sexualidad. La angustia resulta en este caso una última defensa que impide la caída del sujeto ante lo imposible de soportar.

Donald Klein y la invención del término "ataque de pánico"

El autor que resulta relevante mencionar como antecedente fundamental para la concepción actual contemporánea de la angustia en su forma aguda es Donald F. Klein. Precisamente fue este psiquiatra quien en 1962 realizó un hallazgo clínico que tuvo significativas consecuencias desde el punto de vista diagnóstico a la vez que terapéutico (Klein & Fink, 1962; Milos Estrada, 2010; Sokolowsky, 2000). A partir de la observación de los efectos de un fármaco determinado (la imipramina, antidepresivo tricíclico que modula la serotonina y la noradrenalina) sobre una población de pacientes cuya característica fundamental era la ansiedad, descubrió que un grupo de ellos respondía de modo esperado o satisfactorio a la droga, mientras que el resto, caracterizado por exhibir un tipo de permanente ansiedad, no evidenciaban mejoría (Klein, 2002). En consecuencia, el autor mostró la existencia de una reactividad diferente a la farmacoterapia en pacientes con neurosis de angustia, la cual a partir de esta experiencia se dividió en dos categorías distintas. El nombre de Trastorno de pánico hace referencia a ataques de ansiedad aguda, diferenciándolo del Trastorno de ansiedad generalizada descripto como un estado de constante ansiedad moderada, considerado un trastorno completamente independiente. Destacamos que los resultados de esta experiencia no fueron analizados según un criterio diagnóstico sino a partir del tipo de respuesta (Sokolowsky, 2000), siendo "la droga la que revela la verdadera naturaleza de la enfermedad" (Londoño Paredes, 2012, p.11), en este caso, el antidepresivo tricíclico imipramina, el mismo que Ey et al. (1978) indicaba como una forma de tratamiento para

las crisis de angustia.

La sintomatología diferencial del ataque de pánico que Klein señala coincide con el que describe Freud (1989d) cuando hablaba de los ataques de angustia de la neurosis de angustia. Sin embargo, el rasgo sintomático que el psiquiatra americano destaca en este tipo de episodios es el de la disnea o falta de aire así como la presencia de terrores nocturnos que sólo aparecen asociados con este tipo de crisis (Klein, 1996).

Donald Klein (2002) halló coincidencias y apoyo teórico en la biología de la separación inspirada en los trabajos de Bowlby (2009). Recordemos que para Bowlby "la angustia primaria sería la señal activadora de un esquema de conducta específico, indispensable para la sobrevivencia del individuo: la conducta de apego" (Sokolowsky, 2000, pp.163-164). Precisamente, Bowlby postula que la angustia se presenta "como una reacción a las amenazas de pérdida y a la inseguridad en las relaciones de apego" (Marrone, 2001, p.47). Klein (2002), por su parte, corroboró que los ataques de pánico tenían como precedente pérdidas personales significativas así como que existía "una alta incidencia de ansiedad de separación de la infancia en pacientes adultos con Trastorno de pánico" (Klein, 1996, p.25).

Es necesario señalar que los primeros trabajos sobre la teoría del apego surgieron de la elaboración clínica y de la investigación del autor con tres tipos de poblaciones de estudio: delincuentes infantiles y juveniles, niños en situación de separación de sus cuidadores, o niños criados institucionalmente por orfandad (Bowlby, 2009; Oliva Delgado, 2004). Esta teoría es definida como un estudio que abarca los campos psicológicos, evolutivos y etológicos planteando que la separación producida entre un niño y la figura de apego (considerada como necesidad primaria en la especie humana) es de por sí perturbadora, brindando las condiciones necesarias para que se experimente un miedo muy intenso (Bowlby, 2009). El autor propone que la conducta de apego de un niño "está controlada por un sistema conductual concebido como una organización que existe dentro del niño" (Bowlby, 2009, p.487). En consecuencia, el apego hace referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, dependerán de factores contextuales e individuales. De esta manera, considera que la forma en la cual se estructure la personalidad (en esa relación primaria entre el niño y la figura de apego) condicionará el modo en cómo el adulto reaccione frente a acontecimientos posteriores, entre los cuales pone énfasis en los rechazos, las separaciones y las pérdidas. Los patrones de apego se mantendrán a lo largo del tiempo y proveerán prototipos para todas las relaciones ulteriores. Estos patrones son: seguridad; inseguridad-avoidance; inseguridad-ambivalencia o resistencia; y desorganización-desorientación (Gabbard, 2000; Oliva Delgado, 2004). Retomando la concepción del trastorno de pánico, desde la teoría del apego, se postula que "la relación temprana del niño con sus progenitores está basada en una relación de apego ansioso-resistente entre el progenitor y el hijo" (Blair & Sierra, 2008, p.146). Este

vínculo hace alusión a la falta de predictibilidad de la presencia de los cuidadores, lo que conduce a que el niño manifieste reacciones ansiosas o de miedo frente a la exploración del mundo. Estas últimas aparecen como respuestas a las propias expresiones fóbicas del infante frente al mundo y a la ambivalencia de los padres. Según la teoría del apego, estas condiciones de la relación inicial de apego vivenciadas en la infancia predisponen al sujeto, luego adulto, "a generar ansiedad intensa ante las señales de separación del progenitor o vínculo afectivo posterior con el que se haya establecido una relación de apego ansioso" (Blair & Sierra, 2008, p.146).

Los desarrollos efectuados por el psicoanalista inglés acerca de la teoría del apego han cobrado un importante valor para la comprensión actual del ataque de pánico por parte de las teorías cognitivas y las corrientes psicodinámicas. Con respecto a las primeras, los autores que comulgan con la teoría de Bowlby entienden que en un vínculo temprano de apego el sujeto pudo haber enfrentado experiencias inhibitorias de su conducta y/o un apego ansioso, lo que posteriormente implicaría vivenciar el entorno y las propias sensaciones internas como peligrosos. Como podemos constatar, se trata de remontar en el pasado una o varias experiencias reales causadas por separaciones tempranas de la misma índole, que estarían en el origen de las crisis de pánico.

El marco del modelo psicodinámico que aborda las manifestaciones agudas de la angustia considera que la emergencia del pánico "resulta de un sentido de seguridad crónicamente deficiente, debido en gran parte al apego inseguro" (Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro, 1993, p.863). Los autores americanos proponen entonces una suerte de síntesis entre Psicoanálisis, teoría del apego y la teoría neurofisiológica de Klein, en una suerte de eclecticismo de ambas perspectivas.

La perspectiva psiquiátrica actual: el DSM y el "ataque de pánico"

Hemos aludido a la distinción efectuada entre Trastorno de pánico (o angustia) y el de ansiedad generalizada a partir del impacto que produjo el trabajo de Donald Klein (1962). Concomitantemente, la angustia se dividió en dos modalidades de presentación: los "ataques de pánico" (panic attack), por un lado, y la ansiedad generalizada, por el otro. Esta concepción y vocabulario fueron adoptados inicialmente por la RDC (sistema de clasificación diagnóstica, las siglas aluden a los términos "Criterios Diagnósticos para Investigación", 1975), por la CIE-10 (la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud, 1992) y por el DSM III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1980). Este último no incluirá a la categoría de las neurosis.

El DSM-IV (1995) retoma la diferencia entre ambos tipos de presentación clínica de la angustia junto con la distinción, dentro de los trastornos de ansiedad, de las dos categorías mencionadas: los Trastornos de angustia o de pánico y los trastornos de ansiedad

generalizada. A su vez, dentro de los trastornos de angustia establece una distinción entre aquéllos con agorafobia y aquéllos que se presentan sin esta última, discusión que no nos parece pertinente detenernos ya que nos alejaría del eje de la presente investigación.

De este modo, lo que caracteriza a los trastornos de angustia es la aparición recurrente de ataques de pánico o crisis de angustia, pero no de cualquier tipo. Enseguida veremos a qué clase de crisis se refiere. Por el contrario, en el segundo grupo delimitado, los Trastornos de ansiedad generalizada, lo que predomina es la existencia de una angustia o estado de tensión ansiosa permanente o crónica (Sokolowsky, 2000). La oposición entre este último tipo de ansiedad y la del Trastorno de angustia se encuentra en el carácter intermitente, paroxístico y la intensidad de la ansiedad de las crisis de angustia (DSM IV, 1995).

Ahora bien, las crisis de angustia (o ataques de pánico) no constituyen en sí mismas una categoría diagnóstica sino que son consideradas transnosográficas, pudiendo presentarse en otros tipos de Trastornos de ansiedad. El DSM IV considera como característica fundamental de este tipo de crisis la "aparición temporal y aislada de miedo o malestar" (p. 402) intensos acompañada, por un lado, de al menos cuatro de trece síntomas que a continuación especificaremos, y, por el otro, de la frecuente sensación de muerte inminente o peligro y de una necesidad urgente de huir. Esta clase de crisis tiene su inicio de modo brusco y logra su expresión máxima rápidamente en el tiempo (en diez minutos o menos). Los síntomas, de índole somático o cognoscitivo, que expresan la emergencia de una crisis de angustia son los siguientes: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones (DSM IV, 1995).

Hace un momento indicamos que lo que caracterizaba a los Trastornos de pánico era un tipo particular de crisis de angustia. En consecuencia, debemos señalar que el compendio de la asociación psiquiátrica americana diferencia tres tipos de ellas: las *inesperadas*, las *situacionales* y las *más o menos relacionadas con una situación determinada*. Nos resulta interesante concentrarnos en el primer tipo de crisis ya que, justamente, el diagnóstico de Trastorno de angustia que previamente delimitamos precisa la presencia de este tipo de ataques, mientras los otros tipos pueden aparecer en otros Trastornos de ansiedad. Las crisis de angustia inesperadas se definen por no hallarse vinculadas con "estímulos situacionales" y su inicio no se encuentra asociado con "desencadenantes ambientales" (DSM IV, 1995, p.403), emergiendo sin un supuesto motivo o causa.

Desde el punto de vista etiológico, el manual americano no explicita las causas de la aparición de las crisis de angustia sino que tan sólo se restringe a

desestimar la intervención de alguna sustancia que desencadene las mismas así como a descartar que sean un efecto directo de una enfermedad médica.

El manual expone un análisis estadístico de la población estudiada con Trastorno de angustia y, partiendo de un criterio de análisis con respecto al curso del trastorno, establece que en la mayor cantidad de casos su inicio se halla entre el final de la adolescencia y los 45 años de edad. A su vez, intenta plantear un nexo entre la herencia y la aparición sintomática de las crisis de angustia inesperadas reiteradas. Sin embargo, no puede afirmar una relación directa entre padres e hijos con respecto a la categoría mencionada, sino que alude someramente a la probabilidad de un factor genético en juego en la aparición del Trastorno de pánico.

Estas consideraciones con respecto al DSM IV son importantes a partir de la difusión que ha logrado este manual y su injerencia en la cultura contemporánea a partir de la nominación e identificación con las categorías delimitadas. Al mismo tiempo, de más reciente aparición, debemos hacer mención de la última versión de este tratado psiquiátrico, el DSM V, editado en el año 2013, donde nos interesa destacar algunas modificaciones referentes al Trastorno de pánico y a las crisis de angustia.

En primer lugar, los tipos de ataque de pánico se han limitado a dos: crisis esperadas e inesperadas (Tortella-Feliu, 2014), sustituyendo la división tripartita previa (no situacionales o inesperadas, las situacionales y las predisuestas situacionalmente). En segundo lugar, el DSM V vuelve a definir los Trastornos de angustia incluyéndolos en los Trastornos de ansiedad. Sus características clínicas centrales continúan girando alrededor de la aparición de las crisis de angustia que se repiten en el tiempo y que son súbitas en su emergencia. En tercer lugar, los cambios del DSM V apuntan hacia una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos, aspirando a un "nuevo esquema de clasificación de los trastornos mentales, entendidos como disfunciones en los circuitos neurales implicados en diferentes dominios de la cognición, la emoción y el comportamiento" (Tortella - Feliu, 2014, p.66). Los parámetros utilizados muestran una mayor impronta neurofisiológica solidaria de los tratamientos farmacológicos y/o cognitivo-comportamentales propuestos. Lo que debemos destacar, finalmente, es la incorporación, dentro de los Trastornos de ansiedad, del Trastorno de ansiedad por separación, reconociendo su posible aparición e inicio a partir de los 18 años de edad (Tortella - Feliu, 2014, p.62), lo cual nos recuerda los planteos esbozados por Klein en sus trabajos más recientes.

Indagaciones vigentes han abordado la temática (Wikinski, 2013) destacando la injerencia de los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos de ansiedad y específicamente, los de pánico. No obstante, nos ha resultado pertinente realizar una aproximación a la problemática estudiada desde una perspectiva freudolacaniana. Aproximación que subrayará que las crisis de angustia, que entendemos que son transnosográficas, responden a la estructura subjetiva, por un lado, y a la

singularidad del caso, por otro y pueden ser intervenidas para lograr establecer sus coyunturas de eclosión como punto de partida para el trabajo analítico.

El llamado "ataque de pánico" en la clínica psicoanalítica

Si consideramos que el ataque de pánico es un fenómeno que aparece con una llamativa prevalencia en la población actual y se reitera como motivo de consulta, podemos preguntarnos entonces, junto con otras investigaciones actuales en nuestro país, acerca de la novedad de este tipo de fenómeno (Quesada, 2010; Quesada & Morandi, 2014). Varios autores incluyen al ataque de pánico en el conjunto de los llamados "nuevos síntomas" o "síntomas actuales" junto a las depresiones, anorexias, bulimias, adicciones, etc. Un rasgo que los pone en serie es su carácter epidémico y el presentarse como síntomas mudos, que no dicen nada (Eidelsberg, 2012), expresiones de un padecimiento que no pasan por el Otro (Ruiz, 2004). Este tipo de manifestación del malestar subjetivo difiere de las presentaciones neuróticas de la época victoriana. Los significantes amos imperantes en aquel momento contrastan con el contexto socio-cultural contemporáneo. El Otro social que regulaba el goce a través de ideales fundados en la autoridad paterna y el pasaje por la castración como condición de acceso a la cultura se han visto degradados al punto de hablar de una época en la cual el Otro no existe (Miller, 2005). La declinación del discurso del amo regulador y la instalación del discurso capitalista (Miller, 2005; Ruiz, 2004) han sido las coyunturas favorecedoras de la emergencia de los llamados "nuevos síntomas". Estos síntomas no tienen localización subjetiva, ni envoltura formal, por lo cual no conllevarían implicación subjetiva que divida al sujeto (Stevens, 2001). De esta manera, aparecerían por fuera del sentido, no llamando a la interpretación y presentándose como modos de goce, lo cual dificulta la intervención analítica. Consideramos necesario un prologado período de entrevistas preliminares para que la queja reiterada del malestar sufrido pueda devenir síntoma (Albert, 2011; Napolitano, 2009).

J. Lacan hace una lectura de la angustia freudiana puntualizada en "Inhibición, síntoma y angustia" (Freud, 1990), proponiendo un "más allá de la angustia de castración" (Lacan, 2007, p.53). El psicoanalista francés ha dedicado uno de sus seminarios al tema de la angustia (Lacan, 2007), donde se propone elaborar la estructura de la misma, considerada el afecto por excelencia del psicoanálisis. Su íntima relación con el yo y el fantasma la vinculan con los momentos en los que estas dos formaciones se ven conmovidas, "atravesadas" y pierden su función de coberturas del deseo del Otro, así como de la identidad que proveen al sujeto. En los casos donde ciertos límites son rebasados, la angustia "señal, fenómeno de borde, en el yo" (Lacan, 2007, p.133) ya no muestra su poder de contención de un exceso que irrumpe y que deja al sujeto en el desamparo y la desorientación (Quesada, Albanese, Morandi & Arano, 2013). En referencia a este punto, Lacan, indica que "lo encontramos muy claramente en fenómenos que

se hallan entre los más conocidos que acompañan a la angustia, los designados como fenómenos de despersonalización. Son precisamente los fenómenos más contrarios a la estructura del yo en cuanto tal" (Lacan, 2007, p.133). Recordemos que el yo, sujeto tácito en el idioma español, implica su ubicación dentro del discurso. Está sostenido por el objeto "a", lo cual hace referencia a la estructura del fantasma. Justamente, en el pánico se localiza la desubicación. No pudiendo ser claramente delimitado, el ataque de pánico denuncia una presentación difusa y aguda del malestar que perturba las coordenadas subjetivas, dejando al sujeto "sin recurso" (Lacan, 2014, p.472). Lo que hacía la realidad del sujeto (cómo amaba, cómo deseaba) se desubica, perdiendo dramáticamente el dominio de su ser.

Paul-Laurent Assoun (2000, p.29) sostiene por su parte que "la tormenta psicofisiológica que describe el ataque de pánico oculta (...) aquello de lo que se trata, o sea una situación de desamparo en la que el objeto o causa íntima" se esconde en el instante en que los efectos se desencadenan. Es decir, destaca que lo que ocurre en estas crisis apunta a una pérdida de los puntos de apoyo que hasta entonces sostenían al sujeto. Y otorga importancia a la experiencia de muerte inminente que acompaña la crisis. Cuestión que contradice su asimilación del pánico con lo siniestro, cuando escribe "el objeto del pánico genera la invasión de algo que debería haber quedado oculto y cuya existencia se hace flagrante" (Assoun, 2000, p.29). Esta es la dimensión imaginaria de la angustia, vinculada a lo siniestro, vía de entrada de Lacan para establecer su estructura, y la dimensión de lo real a la que apunta.

Lacan nos recuerda que la angustia es la defensa última de algo que viene más allá del retorno de lo reprimido a cuestionar la realidad misma en la que se inserta el sujeto. En esta dirección, podríamos suponer que, de acuerdo a ciertas condiciones subjetivas, la experiencia supera ciertos límites que impiden su inclusión posterior en las redes del significante. De este modo, Lacan en el Seminario 16 (2008, p.249) señala que "... el trauma freudiano es un Yo no sé impensable en sí mismo, puesto que supone un Yo pienso desmantelado de todo pensamiento". Razón por la cual se presenta como un padecimiento mudo, del que no se puede decir nada, incluso de las coyunturas de su eclosión. Problema que se plantea para su abordaje en psicoanálisis, como lo pone en evidencia el caso que presentaremos a continuación, en el que fue necesario un prologado período de entrevistas para que la queja reiterada del malestar sufrido pudiera devenir síntoma.

Marisa consulta con un diagnóstico de "ataque de pánico con agorafobia"¹

No puede salir de su casa ya que cuando lo intenta (aun acompañada) siente que va a morir, que su cuerpo estalla, sintomatología que es acompañada de un sentimiento de terror inexplicable. Durante las entrevistas y luego de un prolongado período en el que solo expresa su sufrimiento y del que no puede decir nada más, llega a reconstruir la escena de la primera vez que padeció la crisis: fue en ocasión de haber tenido una audiencia en Tribunales por un juicio de demanda de

alimentos y régimen de visita con el padre de su única hija de tres años, hombre de quien se había separado y con el que no mantenía contacto desde los primeros meses de la niña. En el tratamiento, se producen cambios, luego de un tiempo la sintomatología comienza a ceder paulatinamente. Marisa puede recordar entonces una ocurrencia que precedió la crisis: pensó que "iban a quitarle a su hija", pensamiento que le resulta incomprensible, ya que la cuestión no se planteaba en esos términos. Puede así constatar la contradicción en su relato entre "la demanda de presencia paterna y su temor de ser privada de ella" (Napolitano, 2009, p.154). La paciente aceptaba y quería que su hija se vinculara con el padre al cual no veía desde hacía mucho tiempo. Bajo transferencia comienza el tiempo de la construcción de su historia, momentos de rememoración, recuerda su infancia de plena felicidad y el amor que ella mantenía por su padre, hasta los 8 años. Ese período idílico es interrumpido por la mudanza de ciudad por parte de la familia, a lo que siguió un cambio de importancia en la relación con su padre, de quien se distanció sin saber la razón. Paralelamente, se volvió callada y tímida, lo que provocó que se refugiara en su madre evitando tener contacto con otras personas. Más adelante, se irá alejando de su madre porque la avergonzaba, molesta por las expresiones y el lenguaje obsceno que usaba respecto a la sexualidad. Es también la vergüenza y el pudor los que aparecen en el curso del tratamiento cuando relata una escena de seducción que la dejó perpleja ocurrida a los 8 años y que ha mantenido hasta ahora en secreto. Ubica en esta escena la causa de las dificultades para relacionarse con los hombres, a pesar de las numerosas relaciones que ha mantenido con ellos. Sentimientos de soledad, desorientación y vacío prevalecen en su relato, en el que se destaca que el único punto de apoyo de su vida ha sido la maternidad. Este apoyo empezó a vacilar cuando la niña comenzó a hablar, y particularmente cuando surgió algo que no tenía previsto: su hija pregunta por su padre. Pregunta que la conmueve y tomó como propia considerando, que "una niña no puede vivir sin el amor de su padre". Progresivamente podemos situar las coordenadas de la aparición de la crisis: cuando la joven se acerca al resultado esperado, es decir, cuando está por lograr lo que pide (la presencia de este padre), se le presenta esa ocurrencia juzgada como absurda, el temor de perder el objeto que le daba sentido a su vida. Un encuentro fatal que por otra parte la remite a la figura amada-rechazada del padre y más allá de él, a la voz imperativa del superyo materno que apunta a un goce más allá del principio del placer. De esta manera, coincidimos con la autora en que el ataque de pánico "se inscribe como discontinuidad en la existencia de esta sujeto que había encontrado en la maternidad el refugio de su división y de la nostalgia del amor del padre" (Napolitano, 2009, p.156).

Conclusión

Hemos iniciado el presente trabajo que corresponde al primer avance de investigación

anteriormente citada realizando un recorrido histórico por las distintas formas de conceptualizar el llamado "ataque de pánico". Señalamos las diversas maneras de abordarlo tanto teórico como clínicamente.

Nos resultó de importancia los estudios efectuados por Donald Klein a partir de la distinción de dos tipos de angustia a través del efecto farmacológico de un antidepresivo. No obstante, desde la perspectiva freudolacaniana, es necesario cuestionar la existencia de dos angustias estructuralmente diferentes, considerando que su distinción obedece a una clínica basada en la respuesta al medicamento. De acuerdo a los resultados parciales obtenidos en la investigación entendemos al ataque de pánico como un grado de la angustia, donde se traspasa un límite en donde el sujeto se halla sumergido en el desamparo, sin recursos, tal como fue conceptualizado por Freud en 1926. Las coordenadas estructurales y las condiciones subjetivas que pueden orientar un diagnóstico frente a la aparición del denominado "ataque de pánico", deben considerar que no sólo es transnosográfico, sino que opera de acuerdo a la singularidad de cada caso en cuestión y no según propiedades asignadas al tipo de angustia en juego. Precisamente, lo traumático que Freud delimitaba como situación de exceso indomeñable para el yo, debe ser leído en el sentido de que no hay representación ni saber, cuando fracasan las coberturas que sostienen al sujeto en su relación con el Otro. El carácter traumático se revela en el fuera de representación, como ya lo señalaba Lacan en el Seminario 10, en referencia a la presencia del objeto "a", en un lugar en el que debía mantenerse oculto.

La clínica psicoanalítica requiere en cada caso diferenciar la estructura que preside la manifestación de angustia, en su articulación con las condiciones dramáticas que la condicionan, tal como lo hemos subrayado en el caso clínico expuesto. En esta dirección las diversas expresiones de este estado afectivo, así como su repetición, constituyen un momento inicial, inaugural de una presentación sintomática muda. Cuestión que nos confronta con el desafío de permitir los rodeos necesarios para situar la trama que nos acerque al establecimiento de las condiciones y coyunturas de su aparición.

El factor de lo brusco, de lo inesperado, la sorpresa, caracterizan la irrupción no anticipada de un real que desborda al sujeto y frente al cual toma el papel protagonista el cuerpo en su vertiente imaginaria y real. Justamente, cuestionamos este factor definido como "espontáneo" y sin motivo aparente que cause su presentación, que es uno de los indicadores clínicos en los que se basa la delimitación de la categoría en el DSM. Por el contrario, consideramos que la posibilidad de localizar la eclosión de la crisis depende del método de abordaje, en otros términos, de la práctica y el lazo social que ésta supone. De este modo, con respecto a la coyuntura de aparición del fenómeno de la crisis de angustia, podemos vincularla con el atravesamiento salvaje del fantasma. Recordemos que éste otorga al deseo un punto de acomodación, dando la posibilidad de ubicar al objeto, que es el objeto de la angustia. En la angustia en su forma extrema lo que conformaba la

realidad del sujeto se desubica, se derrumba, al punto tal que el propio sujeto puede ignorar qué fue lo que lo conmovió, cuestión que reaparece en las consultas reflejado en la opacidad de este fenómeno. En este sentido, debemos señalar que en el caso analizado la transferencia establecida ha posibilitado localizar las coordenadas dramáticas, estableciendo la importancia de las entrevistas preliminares y su función de la puesta

en forma del síntoma.

Nuestro trabajo de investigación continuará en una segunda etapa con el objetivo de intentar brindar nuevos resultados referentes a la problemática de la crisis de angustia y su relación con la época actual y sus características inherentes.

Notas

1- El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación "Las fobias: síntoma y/o estructura? Función de suplencia y nominación." Directora: Graziela Napolitano. Facultad Psicología (UNLP).

2- El caso ha sido expuesto en el trabajo "Estructura de la histeria y variedades sintomáticas" publicado por la Dra. Graziela Napolitano en la Revista Universitaria de Psicoanálisis Número 9 (2009). Facultad Psicología UBA. Pp. 147-157.

Referencias

- Albert, S. (2011). Moments cliniques: le symptôme comme Nom du Père. Lacan Quotidienne. URL: <http://www.lacanquotidien.fr/blog/2011/11/moments-cliniques-le-symptome-comme-nom-du-pere/>.
- Assoun, P. L. (2000). *Les Phobies*. Paris: Anthropos.
- Blair Gómez, C., & Sierra Acero, L. M. (2008). Trastorno de pánico y organización de significado personal fóbica: una mirada postracionalista. En *Informes Psicológicos*, 10(11), 143-157.
- Bowlby, J. (2009). *El apego (El apego y la pérdida I)*. Buenos Aires: Paidós. Original publicado en 1969.
- Da Costa, J. M. (1871). On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *The American journal of the Medical Sciences*, 121(1), 2-52.
- DSM-III (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Massons S. A.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Massons S. A.
- Eidelberg, A. (2012). Lo actual del pánico. En F. Schejtman (Comp.) *Elaboraciones freudianas sobre la neurosis* (pp. 419-432). Buenos Aires: Grama.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson S.A.
- Freud, S. (1894/1989a). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas. Vol. III* (pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896 /1989b). La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras completas. Vol. III* (pp. 139-156). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896 / 1989c). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En S. Freud, *Obras completas. Vol. III* (pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895/1989d). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia" En *Obras Completas. Vol. III* (pp. 85-115). Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1926 /1990). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas. Vol. XX*. (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915 / 2006). La represión. En S. Freud, *Obras completas. Vol. XIV*. (pp.135-152). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4º Ed.). Arlington: American Psychiatric Pub.
- Klein, D. F., & Flink, M. (1962). Psychiatric Reactions Patterns to Imipramine. *American Journal of Psychiatry*, 119, 432-438.
- Klein, D. F. (1996). Panic disorder and agoraphobia: hypothesis hothouse. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(6), 21-27.
- Klein, D. F. (2002). Historical aspects of anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4(3), 295-304.
- Lacan, J. (2007). *El Seminario. Libro 10. La angustia* (2º Reed.). Buenos Aires: Paidós. Original publicado en 1962-1963.
- Lacan, J. (1968-1969/2008). *El Seminario. Libro 16. De un Otro al otro* (1º Ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958-59 / 2014). *El Seminario. Libro 6. El deseo y su interpretación* (1º Ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Lewis, T. (1918). Report in Neuro-Circulatory Asthenia and Its management. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 48, 409-26.
- Londoño Paredes, D. E. (2012). El medicamento psicotrópico y el dispositivo farmacéutico al origen del nuevo paradigma de la psiquiatría moderna. *Psyconex.*, 4 (5), 1-22.
- Maffei, A. M. (2010). Fobia: su especificidad y abordaje psicoterapéutico. Trabajo Integrador Final no publicado. Universidad Argentina John F. Kennedy, Argentina.

- Marangoni, A. (2009). El origen de las palabras: etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista argentina de radiología*, 73(2), 149-152.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Miller, J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Milos Estrada, D. A. (2010). Factores potenciales de riesgo para síndrome de pánico. Estudio transversal de una Atención Primaria. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada, España.
- Napolitano, G. (2009). Estructura de la histeria y variedades sintomáticas. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 9, 147-158.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Oppenheimer, B. S.; Levine, S. A.; Morrison, R. A.; et al. (1918). Report in Neuro-Circulatory Asthenia and its management. *Military Surgeon*, 42, 409-426; 711-719.
- Pabón Suárez de Urbina, J. M. (2010). *Diccionario Manual Griego Clásico-Español* (19º Ed.). Barcelona: VOX.
- Quesada, S. (2010). *Una Explicación psicoanalítica del ataque de pánico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Quesada, S., Albanese, F., Morandi, P., & Arano, M. P. (2013). Una explicación psicoanalítica sobre el ataque de pánico. *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina, 565-568.
- Quesada, S. & Morandi, P. (2014). Proyectar una metapsicología del terror. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XXI Jornadas de Investigación, Decimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina, 475-477.
- Ruiz, G. (2004). Jornadas anuales de la EOL. Nuevos síntomas, nuevas angustias. *Virtualia*, 17, 15-18.
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 859-866.
- Sokolowsky, L. (2000). Critique du DSM. Psychanalyse du trouble panique. *Mental*, 8, 161-175.
- Stekel, W. (1912). *Estados nerviosos de angustia y su tratamiento*. Buenos Aires: IMAN.
- Stevens, A. (2001). Nuevos síntomas en la adolescencia. *Lazos*, 4, 16-22.
- Tortella-Feliú, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 62-69.
- Wikinski, S. (2013). Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. En S. Wikinski, & G. Jufe, *El tratamiento farmacológico en psiquiatría Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional* (pp. 193-223). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

Fecha de Recepción: 30-07-2015

Fecha de Aceptación: 23-08-2016